APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE

ANSØGNINGSSKEMA TIL HELBREDSGODKENDELSE

Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion.

Udfyld siden fuldt ud med blokbogstaver - se vejledning til udfyldelse.

Trafikstyrelsen
Danish Civil Aviation and Railway Authority

MEDICAL IN CONFIDENCE
FORTROLIGE HELBREDSOPLYSNINGER

Reference number: / *Referencenummer:*

(1) State of license issue: *Certifikatudstedelsesstat:*
Danmark / Denmark

(2) Medical certificate applied for: *Ansøgt helbredsgodkendelse:*
☐ **Class 1** ☐ **Class 2** ☐ **LAPL** ☐ **Class 3**

(3) Surname *Efternavn:*

(4) Previous surname(s): *Tidligere efternavn(e):*

(12) Application:*Ansøgning:*
☐ **Initial** / *Førstegang* ☐ **Revalidation/Renewal** / *Forlængelse/fornyelse*

(5) Forename(s): *Fornavn(e):*

(6) Date of birth (ddmmyyyy):
Fødselsdato = (ddmmåååå):

(7) ☐ **Male** / *Mand*
(7) ☐ **Female** / *Kvinde*

(13) Medical certificate /EAMR ID number:

(8) Place and country of birth: *Fødested og -land:*

(9) Nationality: *Nationalitet:*

(14) Type of license applied for: *Ansøgt certifikattype:*
Class

(10) Permanent address: ***Fast bopælsadresse:***

Country: / *Land*:

Telephone No: / *Telefonnummer*:

Mobile No: / *Mobilnummer*:

E-mail:

(11) Postal address (if different):
Postadresse (hvis forskellig):

Country: *Land*:

Telephone No: / *Telefonnummer*:

(15) Occupation (principal): *Erhverv (hovedbeskæftigelse):*

(16) Employer: / *Arbejdsgiver*:

(17) Last medical examination: */ Seneste helbredsundersøgelse:*
Date / *Dato*:

Place: / *Sted*:

Completed: / *Gennemført:* Yes: / *Ja:* ☐ No: / *Nej:* ☐

(18) Aviation licence(s) held (type) / *Luftfartscertifikat(er) (type):*

Licence number: / *Certifikatnummer*:

State of issue: / *Udstedelsesstat*:

(19) Any Limitations on License(s)/Medical Certificate
Begrænsninger på certifikat(er)/helbredsgodkendelse
☐ **No** / Nej ☐ **Yes** / *Ja*
Details: / *Detaljer*:

(20) Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority?
Har du nogensinde fået afslag på, suspenderet eller tilbagekaldt en flyvemedicinsk helbredsgodkendelse af en certifikatmyndighed?
☐ **No** / *Nej* ☐ **Yes** / *Ja* **Date**/*Dato*: **Country**/*Land*:
Details: / *Detaljer:*

(21) Flight time hours total:
Samlede flyvetimer:

(22) Flight time hours since last medical: *Flyvetimer siden seneste helbredsundersøgelse:*

(23) Aircraft class/type(s) presently flown: *Aktuel flyklasse/-type:*

(24) Any aviation accident or reported incident since last medical examination?
Luftfartsuheld eller rapporteret hændelse siden seneste helbredsundersøgelse?
☐ **No** / Nej ☐ **Yes** / *Ja* **Date**/*Dato*: **Place**/*Sted*:
Details: / Detaljer:

(25) Current/intended pilot activity: *Nuværende/planlagt pilotaktivitet*
☐ **Commercial pilot** ☐ **Non-commercial** ☐ **other** _____ ☐ **Single-pilot** ☐ **Multi-pilot**

(26) Current/intended ATC activity / *(26) Nuværende/planlagt ATC aktivitet:*
☐ **ADI** ☐ **APS** ☐ **ACS** ☐ **ADV** ☐ **APP** ☐ **ACP**

(27) Do you drink alcohol? *Drikker du alkohol?* ☐ **No** / Nej ☐ **Yes, amount** / *Ja, mængde*

(29) Do you smoke tobacco? / *Ryger du tobak?* ☐ **No, never** */ Nej, aldrig*

☐ **No, date stopped** */ Nej, ophørt dato*:

☐ **Yes, state type and amount** / *Ja, angiv type og mængde*:

(28) Do you currently use any medication? *Bruger du aktuelt medicin?*
☐ **No** / *Nej* ☐ **Yes** / ***Ja***
State drug, dose, date started and why / *Angiv præparat, dosis, startdato og årsag:*

General and medical history: ***Do you have, or have you ever had, any of the following?*** *Please tick (X) and if **yes**, give details in remarks section (30)*

Generel og medicinsk sygehistorik: *Har du, eller har du nogensinde haft, noget af følgende? Sæt kryds (X) og angiv detaljer i bemærkninger (30), hvis ja.*

	Yes *Ja*	No *Nej*		Yes *Ja*	No *Nej*		Yes *Ja*	No *Nej*	**Family history of:** *Familie historie med:*	Yes *Ja*	No *Nej*
101 Eye trouble / eye operation ***Øjenproblemer / øjenoperation***	☐	☑	**112 Nose, throat or speech disorder** *Næse-, hals- eller taleforstyrrelse*	☐	☑	**123 Malaria or other tropical disease** *Malaria eller anden tropesygdom*	☐	☑	**170 Heart disease** *Hjertesygdom*	☐	☑
102 Spectacles and / or contact lenses ever worn *Har du nogensinde brugt briller og / eller kontaktlinser*	☐	☑	**113 Head injury or concussion** *Hovedskade eller hjernerystelse*	☐	☑	**124 A positive HIV test** *Positiv HIV-test*	☐	☑	**171 High blood pressure** *Forhøjet blodtryk*	☐	☑
103 Spectacle / contact lens prescription change since last medical exam. *Ændring i brille- / linseordination siden seneste helbredsundersøgelse*	☐	☑	**114 Frequent or severe headaches** *Hyppig eller svær hovedpine*	☐	☑	**125 Sexually transmitted disease** *Seksuelt overført sygdom*	☐	☑	**172 High cholesterol level** *Forhøjet kolesterol*	☐	☑
104 Hay fever, other allergy *Høfeber eller anden allergi*	☐	☑	**115 Dizziness or fainting spells** *Svimmelhed eller besvimelsestilfælde*	☐	☑	**126 Sleep disorder / apnoea syndrome** *Søvnforstyrrelse / søvnapnøsyndrom*	☐	☑	**173 Epilepsy** *Epilepsi*	☐	☑
105 Asthma, lung disease. *Astma, lungesygdom*	☐	☑	**116 Unconsciousness for any reason** *Bevidstløshed uanset årsag*	☐	☑	**127 Musculoskeletal illness/impairment** *Muskel-/skeletsygdom eller funktionsnedsættelse*	☐	☑	**174 Mental illness or suicide** *Psykisk sygdom eller selvmord*	☐	☑
106 Heart or vascular trouble *Hjerte- eller karsygdom*	☐	☑	**117 Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.** *Neurologiske lidelser; slagtilfælde, epilepsi, kramper, lammelse mv.*	☐	☑	**128 Any other illness or injury** *Anden sygdom eller skade*	☐	☑	**175 Diabetes** *Diabetes*	☐	☑
107 High or low blood pressure *Højt eller lavt blodtryk*	☐	☑	**118 Psychological/psychiatric trouble of any sort** *Psykologiske/psykiatriske problemer af enhver art*	☐	☑	**129 Admission to hospital** *Hospitalsindlæggelse*	☐	☑	**176 Tuberculosis** *Tuberkulose*	☐	☑
108 Kidney stone or blood in urine *Nyresten eller blod i urinen*	☐	☑	**119 Alcohol/drug/substance abuse** *Alkohol-/stof-/substansmisbrug*	☐	☑	**130 Visit to medical practitioner since last medical examination** *Besøg hos læge siden seneste helbredsundersøgelse*	☐	☑	**177 Allergy / asthma / eczema** *Allergi / astma / eksem*	☐	☑
109 Diabetes, hormone disorder *Diabetes, hormonforstyrrelse*	☐	☑	**120 Attempted suicide or self-harm** *Selvmordsforsøg eller selvskade*	☐	☑	**131 Refusal of life insurance** *Afslag på livsforsikring*	☐	☑	**178 Inherited disorders** *Arvelige sygdomme*	☐	☑
110 Stomach, liver or intestinal trouble *Mave-, lever- eller tarmsygdom*	☐	☑	**121 Motion sickness requiring medication** *Transportsyge der kræver medicin*	☐	☑	**132 Refusal of flying licence** *Afslag på flyvecertifikat*	☐	☑	**179 Glaucoma** *Grøn stær*	☐	☑
111 Deafness, ear disorder *Døvhed, øresygdom*	☐	☑	**122 Anaemia / Sickle cell trait/other blood disorders** *Anæmi / seglcelletræk / andre blodsygdomme*	☐	☑	**133 Medical rejection from or for military service** *Helbredsmæssigt afslag ved militærtjeneste*	☐	☑	**Females only:** *Kun kvinder:* **150 Gynaecological / menstrual problems** *Gynækologiske / menstruationsproblemer*	☐	☐
						134 Award of pension or compensation for injury or illness *Tildeling af pension eller erstatning for skade eller sygdom*	☐	☑	**151 Are you pregnant?** *Er du gravid?*	☐	☐

(30) Remarks: *Bemærkninger:*

Hvis ja, så uddyb.

APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE
ANSØGNINGSSKEMA TIL HELBREDSGODKENDELSE

Trafikstyrelsen
Danish Civil Aviation and Railway Authority

Reference number:
Referencenummer:

(30) Remarks: *Bemærkninger:*

(31) Declaration (Samtykkeerklæring) concerning medical information:
(31) Erklæring (samtykkeerklæring) vedrørende helbredsoplysninger:

I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.

Jeg erklærer hermed, at jeg omhyggeligt har gennemgået oplysningerne ovenfor, og at de efter min bedste overbevisning er fuldstændige og korrekte, samt at jeg ikke har tilbageholdt relevante oplysninger eller afgivet vildledende oplysninger. Jeg forstår, at hvis jeg har afgivet urigtige eller vildledende oplysninger i forbindelse med denne ansøgning eller undlader at frigive understøttende helbredsoplysninger, kan certifikatmyndigheden nægte at udstede en helbredsgodkendelse eller tilbagekalde en udstedt helbredsgodkendelse, uden at dette berører andre foranstaltninger efter national ret.

I hereby declare that I have been informed and I understand that all information provided to my AME contained in this report and its attachments and all information which is provided to my licensing authority and that relates to me, may be released to the medical assessor of my licensing authority, other health professionals and medical administration staff as part of the aero-medical assessment process and to the medical assessor of the competent authority of my AME, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for the completion of an aero-medical assessment and for oversight purposes, providing that I or my physician may have access to them in accordance with national law. Medical confidentiality will be respected at all times.

Jeg erklærer hermed, at jeg er blevet informeret om og forstår, at alle oplysninger, som er givet til min flyvelæge (AME), og som er indeholdt i denne rapport og dens bilag, samt alle oplysninger, som gives til min certifikatudstedende myndighed, og som vedrører mig, kan videregives til den medicinske bedømmer hos min certifikatudstedende myndighed, andre sundhedspersoner og medicinsk administrativt personale som led i den flyvemedicinske vurderingsproces samt til den medicinske bedømmer hos den kompetente myndighed for min AME, idet det anerkendes, at disse dokumenter eller elektronisk lagrede data skal anvendes til gennemførelse af en flyvemedicinsk vurdering og til tilsynsformål, forudsat at jeg eller min læge kan få adgang til dem i overensstemmelse med national lovgivning. Den lægelige fortrolighed vil til enhver tid blive respekteret.

NOTIFICATION OF DISCLOSURE OF PERSONAL DATA:
I hereby declare that I have been informed and I understand that the data contained in my medical certificate in accordance with point ARA.MED.130, or point ATCO.AR.F.005 of Regulation (EU) 2015/340 if applicable, may be electronically stored and made available to my AME in order to provide historical data required in point MED.A.035(b)(2)(ii)/(iii) or, if applicable, points ATCO.MED.A.035(b)(2)(ii) or ATCO.MED.A.035(b)(2)(iii), and to the medical assessors of the competent authorities of the Member States in order to facilitate the enforcement of point ARA.MED.150(c)(4).

OPLYSNING OM VIDEREGIVELSE AF PERSONOPLYSNINGER:
Jeg erklærer hermed, at jeg er blevet informeret om og forstår, at de data, der er indeholdt i mit helbredscertifikat i overensstemmelse med punkt ARA.MED.130 eller, hvis relevant, punkt ATCO.AR.F.005 i forordning (EU) 2015/340, kan lagres elektronisk og gøres tilgængelige for min flyvelæge (AME) med henblik på at tilvejebringe de historiske data, der kræves i punkt MED.A.035(b)(2)(ii)/(iii) eller, hvis relevant, punkt ATCO.MED.A.035(b)(2)(ii) eller ATCO.MED.A.035(b)(2)(iii), samt for de medicinske bedømmere hos medlemsstaternes kompetente myndigheder med henblik på at lette håndhævelsen af punkt ARA.MED.150(c)(4).

Date Dato	Signature of applicant Ansøgers underskrift	Signature of AME / Medical assessor Flyvelægens / Medical assessors underskrift